

本期企劃

全民健保分級轉診制度的胡蘿蔔與棒子

The Regulatory Carrots
and Sticks of the Referral System under
the National Health Insurance

楊哲銘 Che-Ming Yang *



摘要

臺灣全民健康保險實施時，就將「轉診制度、分級醫療」的精神納入全民健康保險法之中。但自全民健康保險開辦以來，一直成效不彰，結果就是不分輕重病，病人擠爆了醫學中心，造成醫療資源浪費及急診室擁擠等現象。若要以法律管制架構來誘導民眾的就醫行為，不外乎是誘因或處罰（亦即英文諺語俗稱的胡蘿蔔和棒子），本文嘗試分別由被保險人及醫療機構的角度，比較國際上的做法，來探討有哪些法律制度是臺灣全民健康保險制度還欠缺的。

After the implementation of the National Health Insurance (NHI), the spirit of referral and levels of care has been included in the NHI Act. But the results have not been

*臺北醫學大學醫務管理學系、醫療暨生物科技法律研究所教授
(Professor, School of Health Care Administration and Graduate
Institute of Health and Biotechnology Law, Taipei Medical University)

關鍵詞：分級醫療 (levels of care)、全民健康保險 (National Health Insurance)、轉診 (referral)

DOI : 10.3966/241553062017090011002



satisfactory. Patients regardless of severity swarm to medical centers, which causes waste of medical resources and crowdedness of the emergency rooms. When regulatory control framework is used to guide the general public's healthcare seeking behaviors, the tools are either incentives or punishment, which are as in English expression carrots and sticks. This article aimed at exploring whether there are regulatory mechanisms internationally that the NHI is still lacking from the perspectives of the insured and medical institutions separately.

壹、前言

今（2017）年年初流感疫情延燒，病人塞爆醫學中心急診室，加護病房床位一床難求，葉克膜的調度也產生困難。衛生福利部（以下簡稱衛福部）緊急指定26家流感應變醫院，只要醫學中心重症病患待床人數大於5床，立即啟動流感應變醫院機制，由衛生局通知轄區流感應變醫院接收轉診病人¹。

醫學中心在流行病爆發時，無法應付突如其來的人潮，在臺灣不是第一次發生，今年也不算最嚴重。2003年SARS爆發時，臺大醫院在當時的臺北市立和平醫院因群聚感染封院之後，幾天內就湧入2000名發燒病人，醫療人員及設施都無法負荷。因為擔心產生群聚感染，最後只好宣布急診關閉1週，當時是百年老店臺大醫院急診室歷史上的頭一遭²。

- 1 陳瑄喻，衛福部拍板流感應變醫院選定26家供轉診，中國時報，2016年3月3日報導，<http://www.chinatimes.com/realtimewebs/20160303006097-260405>（瀏覽日期：2017年6月30日）。
- 2 游常山，台灣醫界最後的貴族蛻變記，遠見雜誌，205期，2003年7月，https://store.gvm.com.tw/article_content_7015.html（瀏覽日期：2017年6月30日）。



這樣的做法當然對於現在重症病床大塞車的情況會有紓解的作用，但其實治標不治本，釜底抽薪之計還是應該平時就回歸「轉診制度、分級醫療」，疏通及導正就醫的管道，否則再有流行病來襲時，一樣是大塞車。

臺灣自1980年代開始規劃醫療網，並依醫療法之規定辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑作業，訂定各層級醫療機構的評鑑標準，確立醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所等層級，作為分級醫療的基石³。詳言之，就是由各社區的基層診所提供一級醫療、由地區醫院及區域醫院提供二級醫療、由醫學中心提供三級醫療，級數越高表示處理疾病的難度及嚴重度越高，藉此一分級模式兼顧民眾就醫的方便及資源適當的分配。

全民健康保險實施時，也將「轉診制度、分級醫療」的精神納入全民健康保險法（以下簡稱健保法）之中。但自健保開辦以來，一直成效不彰，結果就是不分輕重病，病人擠爆了醫學中心，造成血汗醫院及急診室擁擠等亂象，地區醫院卻面臨日漸凋零的局面，許多地區醫院被迫歇業。健保開辦時，地區醫院家數為568家，但到2009年底，僅餘385家，減少183家，醫院家數遽減32.2%；且地區醫院在1995年時，門住診合計申報醫療點數占全部醫院的33.5%，迄2009年時已降為18.7%，反觀醫學中心卻由35.2%增加為41.2%，區域醫院由31%增加為37.7%⁴。

隨著流感疫情趨緩，社會大眾很快又忘了這次醫學中心急診室壅塞的教訓，但如何透過健保法的規定，養成民眾分級醫療及轉診的就醫習慣，以健全醫療網的建置，是需要嚴肅以對

3 YANG CHE-MING, THE HEALTHCARE SYSTEM AND QUALITY OF CARE. UNIVERSAL HEALTH INSURANCE: LESSONS LEARNED FROM TAIWAN 158 (2016).

4 黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，五南，2012年1月，294-295頁。